N° 56.

28.

ESSAI

SUR

LA MYÉLITE.

Tribut académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 6 JUIN 1836,

PAR

Jacques GLIŃSKI,

de l'Ukraine (Pologne);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> *Hæc etenim (spinalis medulla) cerebri bipartiens hominem portio, non nisi unicam encephalo gloriam, quod sensibus.... præsit, mentisque palatium constituat, invidet; cætera vix non sola regit : imperii animalis centrum inhabitat, et in singulas provincias pulposo sceptro regina dominatur.*
>
> J.-P. Frank, *De vertebralis columnæ in morbis dignitate.* (Del opusc. med., vol. xi.)

A MONTPELLIER,

Chez Jean MARTEL Aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

PRÈS L'HÔTEL DE LA PRÉFECTURE, N° 10.

1836.

A Messieurs

LES PROFESSEURS

ET AGRÉGÉS

de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Comme un faible témoignage de reconnaissance
que m'inspirera toujours l'instruction que je leur dois.

JACQUES GLIŃSKI.

ESSAI

SUR

LA MYÉLITE.

DÉFINITION. La myélite (de μυελὸς, moelle, *medulla*) est l'inflammation du tissu de la moelle épinière, se manifestant ordinairement par une douleur à l'épine du dos, correspondant au siége du mal, par des lésions dans le mouvement et le sentiment, et par diverses altérations des fonctions des organes de la poitrine et de l'abdomen, avec la conservation parfaite des facultés intellectuelles.

Les anatomistes ne sont pas d'accord sur le point de l'axe cérébro-spinal, que l'on doit regarder comme limite supérieure de la moelle épinière. Et comme il y a continuité entre celle-ci et l'encéphale, on ne peut décider que d'une manière arbitraire où l'une finit et où l'autre commence. Avant donc d'entrer dans l'exposition de mon sujet, je dois prévenir que je regarde comme limite supérieure de la moelle épinière le sillon qui sépare le bulbe rachidien de la protubérance annulaire. Je me propose par conséquent de décrire l'inflammation du tissu de cette portion du système cérébro-spinal, qui, renfermée dans le canal osseux du rachis et en partie dans la cavité du crâne, s'étend depuis la protubérance cérébrale exclusivement jusqu'au milieu de la hauteur du corps de la première ou de la deuxième vertèbre des lombes.

L'importance de la moelle épinière dans l'économie animale est

trop grande pour que l'esprit le moins versé dans les connaissances physiologico-pathologiques n'en soit pas frappé. Le soin que la nature a pris pour protéger cet organe, ses communications directes avec l'encéphale d'une part et de l'autre avec les ganglions, les différents et nombreux organes du corps, l'influence manifeste qu'il exerce sur la sensibilité et le mouvement, sur les fonctions de la respiration et des mouvements du cœur, de la chaleur animale, de la transpiration cutanée et des fonctions digestives, annoncent sa haute dignité dans l'économie. Les maladies de cet organe doivent donc être fréquentes, graves et dignes d'être observées.

Il est bien reconnu que la moelle épinière, ainsi que les autres organes, est susceptible d'inflammation. Néanmoins, la myélite, dit M. Bouillaud (*Dict. de méd. et de chir. prat.*), est une des inflammations sur lesquelles nos prédécesseurs nous ont laissé le moins de matériaux. La cause de cet oubli peut être attribuée, soit à l'obscurité qui régnait il y a peu de temps encore sur les fonctions de la moelle rachidienne; soit à ce que les médecins, peut-être trop exclusivement occupés à grouper des symptômes, ne portaient pas assez leurs vues vers le siége des affections morbides, et de-là, la négligence que l'on apportait habituellement dans l'examen de cet organe; soit enfin à la difficulté qu'on éprouve à pénétrer dans le canal rachidien dans les autopsies. Il n'est donc pas étonnant que l'histoire plus exacte de la maladie en question soit d'une date récente, et puisse être considérée encore comme imparfaite. En effet, si l'on consulte les auteurs de l'antiquité, on voit à la vérité qu'ils attachaient beaucoup d'importance à la moelle de l'épine dans les paralysies et les convulsions (1), et que les principaux symptômes de la myélite avaient été déjà observés

---

(1) Hippocrate dans plusieurs endroits de ses ouvrages, et surtout *Prædictor*, l. II, c. 26. — *De articulis*, c. 37, 38, 50, éd. Vander-Linden. — Galien, éd. Charterii, *De motu musculor.*, l. I, c. I. — *De locis affectis*, l. I, c. 6; l. III, c. 8, 10; l. IV, c. 6; l. V, c. 3; l. VI, c. 4. — *De symptomat. caus.*, l. I. — Celse, éd. Vander-Linden, l. V, c. 26, n° 17; l. VIII, c. 14. — Arétée, éd. Boërh., *Morb. diuturnor.*, l. I, c. 7. — Alexandre de Tralles, éd. Guinter, l. I, c. 16. — Paul d'Egine, éd. Guint., l. VI, c. 117.

et signalés par eux (1). Mais les descriptions que ces auteurs donnent sont trop générales, trop succinctes, pour pouvoir toujours bien juger s'ils veulent parler de la myélite ou des autres lésions de la moelle et de ses enveloppes. Ainsi, par exemple, de quelle maladie de la moelle s'agit-il dans ce passage d'Hippocrate? *At vero, si spinalis medulla, aut ex casu, aut aliqua quapiam externa causa, aut* sua sponte laborarit, *et crurum impotentiam facit, ut ne tactum quidem percipiat æger et ventris et vesicæ, adeo ut ne primis quidem diebus stercus aut urina nisi coacte reddatur. Quod si morbus inveteraverit, et stercus et urina ægro inscio prodit, tandemque non longo post intervallo perit.* (Prædictor., lib. II, sect. 2.)

Avant les travaux d'Hæfner (2), Bergamaschi (3), Autenrieth (4), Heer (5), MM. Rullier (6), Velpeau (7), Abercrombie (8), Ollivier d'Angers (9) et quelques autres, l'étude de cette maladie demeurait très-incomplète. Dans les ouvrages des maîtres de l'art on n'avait que quelques observations peu exactes, éparses, perdues pour la science, et qui ne pouvaient donner qu'une idée vague de cet état pathologique.

---

(1) Galien même, qui reprochait aux médecins de son temps d'avoir appliqué les médicaments aux parties seules paralysées et non pas aux endroits d'où ces parties tirent leurs nerfs, cite entre autres l'observation suivante : *Cecidit quidam*, dit-il, *ab alto in terram, ita ut dorsi initium affligeretur; is tertia die exiguam vocem emisit; quarta deinde die omnino obmutuit, resolutaque simul fuerant crura, manibus omnino illæsis. Sed neque spirationem amittebat; difficulter respirabat......... Finita tandem* spinalis medullæ inflammatione, *a septimo die vox restituta est juveni, et crura motionis facultatem recuperaverunt.* (De locis aff., l. I, c. 6.)

(2) *Diss. de medullæ spin. inflam.* Marb. 1799.

(3) *Osserv. sulla inflammazione della spin. midolla*, etc. Pavia 1810. — *Sulla mielitide stenica e sul tetano.* Pavia 1820.

(4) *Diss. observ. læs. medullæ spin.* Tubing. 1811.

(5) *Diss. de inflam. medullæ spin.* Erlang. 1813.

(6) Journal de Magendie, avril 1823.

(7) Archiv. génér. de méd., tom. VII, 1825.

(8) Des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière, traduit de l'anglais par M. Gendrin. Paris 1835.

(9) Traité de la moelle épinière et de ses maladies, 2ᵉ édit. Paris 1827.

Quelques médecins, n'établissant point de distinction entre une myélite et une méningite rachidienne, confondent ces deux maladies sous le nom de *rachialgitis* ou *rachialgis*. Mais l'observation nous apprend que, quoique la méningite rachidienne complique souvent la myélite, dans bien des cas cependant, l'inflammation de la substance de la moelle peut exister isolément et sans intéresser les méninges ; et aujourd'hui le nom sous lequel on connaît généralement l'inflammation du tissu de la moelle épinière, est *myélite*, d'après Klohss (1) et Harless (2) qui le lui donnèrent les premiers. Plusieurs auteurs français (Clot, Desfray) l'ont décrite sous le nom de *spinitis* ou *spinite;* Fr. Hildebrand (*Inst. med. prac.*) l'appelle *notæo-myelitis ;* les autres *racho-myélite, rachialgia.*

Causes de la myélite. La moelle spinale, enveloppée par trois membranes, entourée d'un liquide protecteur, située dans un canal osseux sans toucher ses parois, protégée en outre par des couches musculaires épaisses, est moins exposée à l'influence des agents extérieurs que beaucoup d'autres organes de notre économie. Mais, d'un autre côté, à cause de la disposition particulière des vaisseaux rachidiens et surtout des veines qui y sont dépourvues de valvules, la circulation doit s'y opérer avec difficulté, les congestions y doivent être très-fréquentes ; de plus, on sait combien la respiration exerce d'influence sur la circulation veineuse du rachis. Ces diverses causes réunies doivent prédisposer la moelle épinière aux inflammations.

Les causes qui donnent le plus ordinairement naissance à la maladie qui nous occupe, sont : les violences extérieures, telles que les contusions, les commotions, les coups violents et répétés sur la colonne vertébrale, les plaies de la moelle, les chutes sur la région du rachis, sur les fesses. L'existence des tubercules ou d'autres corps étrangers (caillots sanguins) dans la substance de la moelle, ou dans l'intérieur de sa gaîne membraneuse, produit une irritation qui, tôt ou tard, peut se changer en phlegmasie (3). Les maladies des vertèbres, les

(1) *Diss. de myelitide.* Halis Sax. 1820.

(2) *Ueber d. Entzündung d. Rückenmarks.* Nürnb. 1814.

(3) Je dois à l'obligeance de M. le professeur Dubrueil, doyen de cette Ecole, la

luxations, les fractures et surtout la carie de ces os, sont assez souvent suivies d'inflammation de la moelle épinière. C'est ainsi que le vice scrofuleux, rachitique, le virus vénérien favorisent le développement de la myélite, en donnant lieu à diverses affections des os du rachis ; elle accompagne ou suit souvent l'inflammation du cerveau, des méninges spinales. Quelquefois la myélite se manifeste à la suite d'escarres, d'ulcérations, qui ont leur siége sur le trajet de la colonne épinière ; plus souvent peut-être qu'on ne pense, la myélite complique les accidents qui se manifestent dans les derniers temps chez les individus qui succombent à la suite de maladies longues, avec une escarre plus ou moins étendue dans la région du sacrum. Elle reconnaît aussi pour causes les travaux qui exigent de grands efforts de la part de la colonne épinière, l'habitude de porter des fardeaux sur le dos, sur la nuque, les grandes fatigues musculaires. Les animaux qu'on emploie pour porter ou traîner des fardeaux d'un poids considérable, sont très-sujets à cette maladie. Les courses rapides et prolongées, les marches forcées, les voyages longs et pénibles dans des voitures mal suspendues, sur des routes pierreuses et inégales ; l'onanisme, la répétition fréquente des plaisirs de l'amour, surtout lorsqu'on a l'habitude de s'y livrer debout, y donnent souvent lieu. Les alternatives fréquentes de chaleur et de froid intense, ou le froid seul, produisent quelquefois cette affection. Abercrombie a vu une myélite intense développée chez un homme qui fut exposé au froid en voyageant sur l'impériale d'une voiture dans le mois de mars. Chez les militaires, les excès de divers genres, joints aux nuits passées au bivouac, sont susceptibles de la produire. L'insolation prolongée sur le rachis par un temps chaud en a été aussi la cause : on a vu plus d'une fois la myélite se développer chez les jardiniers, chez les moissonneurs travaillant, le corps courbé en avant, pendant les chaleurs excessives d'été. Suivant M. Ribes (*Dict. des sc. méd.*, art. *Vertèbre*), elle peut avoir pour origine la suppression de la transpiration, la

---

connaissance d'un fait, où l'arachnoïde spinale, dans sa partie supérieure, à la surface externe, contenait des concrétions comme crétacées, chacune de la grandeur d'un grain d'orge ; dans l'intervalle il n'y avait aucune trace d'inflammation.

répercussion d'un exanthème, d'un rhumatisme. En examinant les observations de myélite publiées par divers auteurs, je n'en ai trouvé aucune où la répercussion du rhumatisme soit la cause réelle de l'inflammation de la moelle de l'épine : il me semble plutôt que les douleurs des membres et du tronc, par lesquelles débute souvent la myélite, surtout compliquée de méningite spinale, ont été prises pour un rhumatisme. La suppression des hémorrhoïdes fluentes, des lochies, des règles, détermine souvent cette inflammation. Les annales de l'art ne manquent pas de faits, où, après plusieurs jours de retard dans l'évacuation menstruelle, les filles ont été prises d'abord des phénomènes qui dénotaient une congestion sanguine dans toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal, et peu de temps après, de ceux qui appartiennent spécialement à la phlegmasie de la moelle. Barbier (*Mat. méd.*, 2e *édit.*, *tom.* I) cite l'exemple d'une jeune fille de 16 ans chez laquelle l'établissement difficile de la menstruation donna lieu à cette affection. Portal (*Anat. méd.*, *tom.* IV) parle d'une femme qui avait des convulsions dans le membre inférieur gauche, immédiatement avant l'écoulement des règles : ces accidents revenaient constamment à chaque période, et lorsque l'hémorrhagie menstruelle s'établissait, ils cessaient. A l'âge de 40 ans, cette évacuation ayant cessé tout-à-fait, les membres inférieurs furent complétement paralysés.

L'expérience n'a pas encore appris positivement si les poisons qui exercent spécialement leur action sur la moelle épinière, tels que la brucine, la strychnine, administrés comme médicamens, peuvent déterminer la myélite.

Outre les causes que nous venons d'énumérer, il faut signaler encore les grandes irritations des parties plus ou moins éloignées de la moelle. Les vastes plaies, les inflammations graves des organes internes, réagissent fortement sur elle. J.-P. Frank faisait déjà observer que la myélite peut être consécutive à une frénésie, à une péripneumonie.

Division. Les symptômes de la myélite, comme le fait remarquer M. Andral (*Dict. de méd.*, *tom.* XIV), ne sauraient être décrits d'une manière générale ; ils doivent nécessairement varier suivant la marche de la maladie, qui est, comme dans toutes les autres phlegmasies,

tantôt *aiguë* et tantôt *chronique*. Dans le premier cas, les symptômes spasmodiques prédomineront; dans le second, les divers degrés de paralysie seront observés. Sous l'une et l'autre forme, les symptômes et la gravité de la maladie doivent encore varier beaucoup suivant la partie de la moelle qui est atteinte d'inflammation, et suivant son étendue. Ces variétés de l'inflammation l'ont fait diviser en *myélite aiguë et chronique*, et en *myélite générale et partielle*. D'après cette remarque, et pour garder un certain ordre dans l'exposition de l'histoire de la maladie en question, j'ai cru devoir décrire en premier lieu les symptômes qui appartiennent à la myélite aiguë simple en général; parler ensuite de ceux qui sont relatifs à la région qu'elle occupe; enfin, de ceux qui caractérisent la myélite chronique. J'omettrai les symptômes de la myélite générale, parce qu'ils rentrent naturellement dans la description de l'inflammation de chaque portion de la moelle. D'ailleurs, les exemples de myélite générale, c'est-à-dire, des cas où la moelle épinière aurait été frappée d'inflammation dans toute son étendue, depuis la protubérance cérébrale, sont excessivement rares. La myélite partielle peut s'étendre de proche en proche et occuper une étendue plus ou moins considérable; mais avant qu'elle envahisse la totalité de cet organe, le malade succombe.

De la myélite aiguë simple en général.

Les phénomènes qu'on observe dans cette affection varient selon la période de la maladie. Dans la première période, qu'on peut appeler *période d'irritation*, on observe des symptômes qui sont dus à l'exaltation de l'innervation; la sensibilité et la motilité sont augmentées; il y a des mouvements convulsifs du tronc ou des membres, des spasmes tétaniques de ces parties. Plus tard, dans la *période* qu'on peut appeler de *désorganisation*, les convulsions cessent, et une simple diminution ou abolition complète du sentiment ou du mouvement leur succède. Il arrive quelquefois que la période d'irritation est très-peu prononcée, nulle même, et dès le début on n'observe d'autres phénomènes que ceux de la deuxième période. Il peut arriver aussi qu'une portion de la moelle est désorganisée, l'autre étant dans sa première période

d'inflammation ; les symptômes de l'une et de l'autre période seront alors observés.

Dans le plus grand nombre des cas, on n'aperçoit aucun des symptômes précurseurs de la myélite. Les premiers phénomènes qu'on observe, quelque légers qu'ils soient, annoncent déjà l'existence de l'affection locale. Le plus souvent il se manifeste, dans le principe, un engourdissement souvent douloureux, accompagné de gêne des mouvements, ou un froid désagréable, un fourmillement, une démangeaison. Ces symptômes se manifestent d'abord aux doigts ou aux orteils, quelquefois aux mollets; ensuite ils se propagent successivement à la totalité des membres et au tronc. D'autres fois, l'engourdissement et la difficulté du mouvement sont remplacés, dès le début, par des convulsions partielles ou générales plus ou moins prolongées, auxquelles succède la paralysie. Enfin, il peut arriver que la maladie débute par la faiblesse des membres et la difficulté dans les mouvements.

A la même époque, ou quelque temps après que ces phénomènes ont apparu (et c'est le plus grand nombre des cas), une douleur profonde, plus ou moins vive ou sourde, accompagnée d'un sentiment de chaleur âcre, se fait sentir le long du rachis, dans la région correspondante à la portion de la moelle enflammée. Cette douleur s'étend parfois sur toute la longueur de la colonne vertébrale; Abercrombie l'a vue se propager autour du thorax et de l'abdomen. Elle est augmentée par le décubitus sur le dos, surtout lorsque le malade repose sur un lit de plumes. Plusieurs pathologistes prétendent qu'elle s'exaspère aussi par les mouvements du corps; mais, en examinant avec attention les faits publiés par divers auteurs, on remarque que toutes les fois que le phénomène dont nous venons de parler a eu lieu, on a trouvé après la mort des traces d'inflammation de la moelle épinière, compliquée de méningite spinale; tandis que, dans les cas de myélite simple, on n'a jamais observé l'exaspération de cette douleur par les mouvements. Suivant Harless et beaucoup d'autres médecins, cette douleur n'augmente pas par la pression. Cependant, d'après M. Ollivier, si l'on applique un ou deux doigts sur la colonne vertébrale, et que l'on presse doucement les extrémités

des apophyses épineuses qui correspondent au siége du mal, on peut faire naître de la douleur dans la partie qui n'avait jusque-là manifesté aucune sensation appréciable, et déterminer ainsi le point où existe l'inflammation. Suivant le même auteur, dans le cas où une douleur aurait lieu dans quelque région du rachis, son accroissement, par la pression sur les apophyses épineuses, pourrait alors, concurremment avec les autres symptômes, éclairer sur sa véritable cause et empêcher de la confondre avec la douleur rhumatismale. (*Ouvr. cit., pag.* 702.) Qu'il me soit permis de dire que je ne saurais partager entièrement l'opinion de l'illustre médecin sur ce point. Aucun des malades que j'ai eu l'occasion d'observer, ne m'a présenté l'exaspération de la douleur par la pression des apophyses épineuses; M. Ollivier lui-même n'a vu que deux fois ce phénomène. Mais supposons, pour un moment, que le fait dont il est ici question ait lieu quelquefois : est-il permis de conclure que l'on peut s'en servir comme d'un moyen exact de distinguer cette affection d'une affection rhumatismale? Ne sait-on pas que les douleurs rhumatismales augmentent presque toujours par pression ou par un simple contact? Je pense donc, avec Harless, Brera et beaucoup d'autres, que la douleur ne s'exaspère point ici par la pression, et que le procédé de M. Ollivier, pour distinguer la douleur myélitique de la douleur rhumatismale, est au moins insuffisant. D'après ce que j'ai vu, et le témoignage de J. Frank (*Prax. med. præcepta*), la douleur de l'épine, comme symptôme de myélite ou méningite spinale, est exaspérée presque toujours, si on examine la colonne vertébrale d'après le procédé de Copeland (1). Dans les cas même, qui sont assez fréquents, où la douleur n'est pas sensible, on peut la faire naître par ce procédé, et découvrir ainsi et la phlogose et son étendue. Je décrirai ce procédé en parlant du diagnostic. M. Bouillaud, d'après l'examen de plusieurs faits publiés par divers auteurs, fait remarquer que la douleur de l'épine du dos se manifeste seulement dans les cas où la portion postérieure de la moelle est le

---

(1) *Obs. on the sympt. and treat. of the disead. spin., etc.* London, 1815.

siége de l'inflammation, et qu'elle manque toutes les fois que la phlogose occupe exclusivement la portion antérieure du même organe.

Des lésions du sentiment ou du mouvement volontaire, ou de tous les deux à la fois, accompagnent toujours la myélite. La sensibilité du tronc et des membres est quelquefois, surtout au commencement de la maladie, exaltée au point que le moindre choc, le plus léger mouvement qu'on leur imprime, causent les plus vives souffrances. Ce phénomène est rare dans la myélite simple, bien qu'il soit très-commun lorsqu'il y a complication de méningite spinale. D'autres fois, au contraire, la sensibilité est de beaucoup diminuée; elle est même complétement abolie, surtout vers la fin de la maladie; parfois, enfin, elle ne semble nullement altérée. La sensibilité et la motilité ne présentent pas toujours en même temps le même genre d'altération; le mouvement est seul aboli dans certains cas, tandis que la sensibilité persiste; plus rarement, les mouvements ont lieu dans la partie où la sensibilité n'existe plus. Dans le même membre, l'exaltation de la sensibilité peut coïncider avec une abolition complète des mouvements; très-souvent, la paralysie du sentiment et celle du mouvement coïncident. Les diverses altérations du mouvement et du sentiment dépendent du siége de la myélite, suivant qu'elle affecte la face antérieure ou postérieure de la moelle. Ainsi, l'on sait aujourd'hui, d'après les recherches physiologiques des observateurs modernes, que les lésions des faisceaux antérieurs de la moelle occasionnent l'altération des mouvements; que celles des faisceaux postérieurs donnent lieu à l'altération du sentiment; et qu'enfin, le sentiment et le mouvement sont troublés à la fois dans les cas où les faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle sont simultanément enflammés. Telle est l'opinion à peu près généralement admise sur les fonctions des faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle; cependant il y a des cas où l'on trouve les cordons antérieurs et postérieurs également altérés, bien que, pendant la vie, le mouvement seul fût anéanti, la sensibilité restant intacte. J'ai recueilli à l'hôpital Saint-Eloi l'histoire d'un militaire qui, à la suite de marches forcées et de fatigues sans nombre, au siége d'Anvers, était atteint d'une myélite: les membres inférieurs

étaient privés de mouvement, et la sensibilité y persista presque jusqu'au dernier moment ; la vessie et le rectum étaient paralysés. A l'autopsie, on trouva un ramollissement qui envahissait toute l'épaisseur du renflement lombaire ; les cordons postérieurs et antérieurs étaient détruits.

Ces différentes modifications de la sensibilité et de la motilité peuvent se présenter quelquefois sous un aspect croisé, de manière que le bras droit est privé de mouvement, tandis que l'extrémité inférieure gauche est sans sentiment, et *vice versâ*. Souvent la paralysie suit une marche ascendante : ainsi les membres inférieurs, la vessie, le rectum sont frappés d'abord ; puis le tronc et les membres inférieurs finissent eux-mêmes par être paralysés ; la respiration s'embarrasse de plus en plus, cesse graduellement ; et si l'on ne parvient à arrêter les progrès de la paralysie, le malade meurt asphyxié. Tantôt, au contraire, les symptômes suivent une marche inverse et se manifestent de haut en bas. Le plus ordinairement la paralysie se manifeste d'abord dans un membre, puis dans celui du côté opposé ; cela paraît dépendre de ce que l'inflammation se développe d'abord dans une des moitiés latérales de la moelle et s'étend ensuite à l'autre. Il est moins ordinaire de voir les symptômes se développer d'abord sur un membre pectoral, puis sur le membre abdominal du même côté, ensuite les mêmes phénomènes se répéter sur le côté opposé. La paralysie n'affecte, dans quelques cas, que les membres inférieurs, sans atteindre les supérieurs ; dans d'autres, les uns et les autres sont simultanément frappés. Ordinairement, les parties qui reçoivent leurs nerfs de la portion de la moelle située au-dessous du siége de l'altération, sont paralysées. Mais il y a des faits recueillis par des observateurs dignes de foi, qui prouvent qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que les parties situées au-dessous du point désorganisé, dans quelques cas, peuvent rester intactes. On a vû, par exemple, la persistance du mouvement dans les membres inférieurs, quand les supérieurs étaient frappés de paralysie à la suite d'un ramollissement qui occupait toute l'épaisseur du renflement brachial. (Ollivier, *obs.* 77 ; Rullier, *l.c.*) Ce phénomène semble prouver l'indépendance d'action de diverses portions de la moelle.

Lorsqu'on fait attention aux nombreuses communications de la moelle épinière avec les divers appareils organiques, on n'est nullement étonné des désordres fonctionnels sympathiquement produits, qui seront différents selon que l'inflammation occupera telle ou telle partie de cet organe. Communément, dès le début, il y a une constipation assez opiniâtre ; l'excrétion de l'urine est volontaire pendant quelque temps, mais bientôt la rétention survient. A une époque plus ou moins éloignée de l'invasion de la maladie, on observe habituellement l'évacuation involontaire des fèces et des urines ; il arrive cependant que la constipation et la rétention de l'urine persistent jusqu'à la fin. Quelquefois les malades éprouvent des douleurs épigastriques très-vives, des vomissements répétés, quoique à l'autopsie on ne trouve aucune trace de gastrite : preuve que ces désordres fonctionnels ne sont que sympathiques de l'affection de la moelle. La respiration, dans le plus grand nombre des cas, est gênée ; le pouls est ordinairement fréquent, développé, irrégulier, tumultueux dans la période d'irritation, surtout si les méninges participent à la phlegmasie ; plus tard, il est petit et lent. L'aspect du malade indique une maladie grave, caractérisée par la chute des forces ; il éprouve un malaise général, de l'anxiété, un abattement moral ; le sommeil est agité ; on a vu quelquefois survenir des érections. Bien que ces symptômes désignent l'altération des plus importantes fonctions, on voit pourtant que la langue du malade est à l'état normal ; la soif est peu considérable, point de céphalalgie, point de trouble des sens ; les facultés intellectuelles ne sont nullement altérées, à moins que la phlegmasie n'ait gagné le cerveau ou ses membranes. Le plus souvent les symptômes s'aggravent vers le soir ; aussi voit-on alors, outre les symptômes que je viens de faire connaître, survenir quelquefois des spasmes tétaniques, ou de véritables accès d'épilepsie.

Tel est le tableau général de la myélite. On conçoit que les symptômes que j'ai indiqués seront modifiés selon la violence de la phlogose, l'âge et le tempérament du malade, selon les maladies qui la précèdent ou l'accompagnent, etc. : ces modifications seront facilement saisies. Mais il y a des faits, bien connus assurément de mes Juges

éclairés (observations rapportées par MM. Velpeau, Rullier), où les traces les plus évidentes de phlegmasie de la moelle épinière, trouvées après la mort, n'ont pas donné lieu, pendant la vie, à l'ensemble des symptômes qui la caractérisent ordinairement. Comment expliquer l'absence de la paralysie dans ces cas? En admettant que le liquide séreux, ou la lame médullaire très-mince qui n'était pas tout-à-fait désorganisée, étaient les moyens de la transmission de l'innervation, peut-on alléguer les mêmes raisons pour un fait, recueilli par Van-de-Keere et consigné dans l'ouvrage de M. Ollivier, où il s'agit d'un enfant de huit à neuf ans, qui, après avoir passé par tous les degrés du marasme, finit par succomber, sans avoir jamais perdu, durant sa vie, le mouvement et la sensibilité des membres inférieurs? A l'ouverture du cadavre, on trouva la moelle épinière complétement détruite, depuis la neuvième vertèbre dorsale jusqu'au commencement de la première lombaire; il existait une interruption complète du cordon rachidien dans cet espace.

Après avoir exposé la myélite aiguë, considérée en général, je vais traiter des symptômes de cette maladie, lorsqu'elle atteint diverses portions de la moelle.

I. Quand l'extrémité *supérieure* ou *crânienne* de la moelle est occupée par la phlogose, on voit éclater des symptômes très-graves, effrayants; l'affection du cerveau, qui existe le plus souvent en même temps, contribue beaucoup à aggraver les accidents, rend le diagnostic obscur, et le cas est rapidement mortel. Alors il y a trouble des sens, délire furieux, aphonie, trismus, grincement de dents, parole très-difficile ou impossible, embarras, tumulte de la respiration, et souvent dyspnée inexprimable, soif ardente, langue rouge et sèche, déglutition difficile, vomissements, fièvre intense, quelquefois hydrophobie. A ces symptômes s'associe une hémiplégie, suivie souvent d'une paralysie générale, et le malade meurt asphyxié. Si la maladie frappe un seul des cordons antérieurs, la perte du mouvement reste bornée à un côté du corps. L'abolition du sentiment n'existe aussi que d'un côté, lorsque l'altération n'occupe qu'un des cordons postérieurs.

II. La *portion cervicale* est-elle le siége de la myélite? Souvent le

malade se plaint, dans le principe, de l'embarras dans la déglutition, d'un léger mal de gorge accompagné de la sensation d'un corps qui lui semble obstruer les voies respiratoires, et de plusieurs autres symptômes qui font croire à l'existence d'une angine plus ou moins grave (*Obs.* 77 *de M. Ollivier*), avec accélération et dureté du pouls. Il ressent de la douleur assez forte, insupportable, à la nuque et dans la partie postérieure du cou, de la gêne et de la rigidité dans les muscles de cette région, et quelquefois dans ceux des membres supérieurs qui sont plus souvent agités par des mouvements convulsifs. A la même époque, ou bientôt après, surviennent des engourdissements ou des fourmillements dans les mains, qui se propagent aux avánt-bras et aux bras, auxquels succède la paralysie, qui attaque d'abord les membres supérieurs où elle peut rester limitée, mais souvent elle s'étend aux membres inférieurs. Le malade éprouve quelquefois un hoquet qui l'incommode beaucoup ; la respiration est très-pénible, suspirieuse. On a vu très-fréquemment les érections du pénis, même chez les individus qui n'ont jamais été voluptueux. Enfin, la dyspnée s'accroît rapidement, et le malade ne tarde pas à succomber à une véritable asphyxie. La mort est d'autant plus prompte, que l'inflammation occupe une partie plus élevée de cette région, surtout la portion située au niveau des troisième et quatrième vertèbres, parce que c'est de ce lieu que naît le nerf phrénique.

III. Lorsque la *portion dorsale*, située entre les deux renflements de la moelle, est le siége de la phlogose, la respiration est moins laborieuse, bien qu'elle soit toujours courte, précipitée, diaphragmatique. Le tronc est souvent agité de secousses convulsives et continues, auxquelles les membres ne participent point si la lésion n'est propagée à une partie des renflements. Si, au contraire, la maladie occupe une partie des renflements, les membres peuvent participer aussi aux convulsions et plus tard à la paralysie. Ces symptômes coïncident avec les palpitations, les battements du cœur irréguliers et tumultueux, et tellement violents et étendus qu'ils peuvent simuler un anévrysme. Il existe aussi un état fébrile général, avec une excitation de toutes les fonctions.

IV. Dans le cas où la myélite affecte la *portion lombaire* et surtout son renflement, l'engourdissement, les fourmillements, les douleurs, puis la paralysie qui en est la suite, attaquent plus particulièrement les membres inférieurs ; il existe une douleur plus ou moins vive, profonde, dans le point correspondant à l'altération de la moelle. Quelquefois les malades se plaignent de douleurs vives autour de l'ombilic ou à l'hypogastre, de contractions des parois de l'abdomen, d'une sensation pénible de resserrement dans cette région ; il y a constipation, rétention ou évacuation involontaire des matières fécales, incontinence ou rétention d'urine. Dupuytren a remarqué que les sondes que l'on place chez les paraplégiques, se recouvrent bien plus promptement d'incrustations que dans les autres affections des voies urinaires ; et M. Ollivier ne doute pas qu'il ne faille attribuer surtout aux propriétés irritantes qu'acquiert alors l'urine, les inflammations plus ou moins intenses de la vessie si fréquentes chez les paraplégiques. La matrice est le plus souvent influencée par la phlogose de cette partie de la moelle. On cite des cas de paralysie provenant de cette cause, où les parois utérines étaient frappées d'inertie lors de l'accouchement. (Ollivier, p. 398. — Brachet, *Mém. sur les fonct. du syst. nerv. gangl.*) Chaussier rapporte un fait contraire à cette opinion, où l'accouchement se serait terminé spontanément et sans causer de douleur. D'après les expériences de M. Serres faites sur les femelles de divers animaux, il résulte que l'irritation vive du renflement lombaire entraîne souvent l'avortement. La menstruation peut avoir lieu malgré l'existence d'une paraplégie complète. (Ollivier, *Obs.* 18.) Il paraît probable que les douleurs de la région lombaire que ressentent les femmes à l'époque de la menstruation sont l'effet d'une congestion, d'une irritation, ou, si l'on veut, d'une légère phlogose de cette partie de la moelle. Plusieurs cas d'épilepsie paraissent reconnaître pour cause la désorganisation de cette partie de la moelle épinière : il paraît que, dans ce cas, la maladie part de la moelle épinière, qu'elle s'irradie dans le cerveau où elle produit l'épilepsie.

De la myélite chronique.

La myélite peut se présenter à l'état chronique, comme le prouvent les faits cités par MM. Janson, Rullier, Velpeau, Billard, Calmeil, Ollivier, Abercrombie. Les gibbosités de la colonne vertébrale en sont une cause très-fréquente. La maladie peut se prolonger alors pendant un temps très-considérable, souvent pendant des années entières, et se terminer d'une manière funeste par la destruction de la moelle. Les symptômes qui caractérisent cette forme de myélite sont les mêmes, au fond, que ceux de la myélite aiguë; mais ils se développent très-lentement, sont à peine appréciables dans le principe, ne s'accompagnent pas de fièvre et ne s'accroissent que graduellement. Avant qu'il n'apparaisse quelque symptôme de paralysie, pendant long-temps l'individu est tourmenté d'une vive sensibilité, d'un état douloureux même de ses membres, augmentant à la pression et accompagné d'une douleur plus ou moins limitée le long de l'épine; quelquefois les membres sont agités par des tressaillements, des secousses comme galvaniques. Ainsi, M. Ollivier rapporte l'observation d'une personne chez laquelle on produisait des secousses comme galvaniques, en passant la main avec légèreté sur des trajets principaux des nerfs du membre inférieur paralysé, tandis qu'une pression plus forte n'y était nullement perçue. La paralysie survenue, elle revêt, ainsi que dans la myélite aiguë, un grand nombre de variétés par rapport à sa marche et à son siége. Mais lorsqu'elle dure depuis long-temps, assez souvent les membres affectés se roidissent peu à peu, s'infléchissent, restent dans un état de contracture permanente, et ne peuvent être étendus qu'avec peine et souvent avec d'assez fortes douleurs.

Les membres paralysés perdent, jusqu'à un certain point, la faculté de réagir sur la température extérieure. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, ils deviennent plus chauds ou plus froids que les parties saines exposées dans le même milieu; ils s'atrophient le plus souvent et offrent l'absence de transpiration cutanée : la peau qui les recouvre

est sèche et purpuracée, l'épiderme se desquamme continuellement. Souvent l'œdème des membres plus ou moins prononcé se manifeste, surtout à la face dorsale des pieds et des mains : tous ces phénomènes dépendent de la faiblesse de la circulation. Si l'inflammation est située très-bas dans la portion lombaire, il n'est pas rare d'observer que les membres inférieurs, quoique frappés de paralysie, peuvent cependant encore exécuter quelques mouvements volontaires ; quelquefois même le sujet marche, quoique avec beaucoup de difficulté, et il se plaint d'un sentiment de malaise ou d'engourdissement dans la région lombaire : les fonctions digestives, dans ce cas, peuvent rester intactes, et le malade présente l'aspect d'une santé parfaite. Ce sont là des cas où le diagnostic est excessivement difficile à établir.

A ces symptômes se joignent, selon le siége de la maladie, des palpitations, de l'essoufflement dès que le malade veut se remuer, une gêne dans la respiration, des suffocations fréquentes. Quelquefois les symptômes de l'angine de poitrine se manifestent ; les accès commencent par un sentiment de douleur et d'engourdissement, s'étendant des membres supérieurs à la poitrine, ou, au contraire, de celle-ci aux bras, aux avant-bras, jusqu'au bout des doigts. Souvent le malade se plaint de crampes d'estomac, de coliques, de tiraillements douloureux et d'une constriction dans le bas-ventre. L'excrétion de l'urine est rare, difficile, la constipation plus ou moins opiniâtre, et dans les derniers moments de la vie ces deux excrétions deviennent involontaires. Le coucher continuel en supination produit diverses plaques gangréneuses plus ou moins étendues sur les divers points où appuie le corps, et surtout au sacrum, aux talons, aux deux trochanters. Enfin, on remarque ordinairement que les facultés intellectuelles sont, dans tout le cours de la myélite chronique, dans leur parfaite intégrité. On a vu des malheureux paralysés des quatre membres, ne pouvant retenir les urines ni les excréments, déplorer la tristesse de leur destinée pendant plusieurs années, ayant toutes leurs facultés intellectuelles intactes.

Anatomie pathologique. Les caractères anatomiques de la myélite varient selon les divers degrés de l'inflammation. Ainsi, dans le degré

le plus faible de myélite, on n'observe qu'une injection vasculaire de la moelle plus ou moins forte ; d'où résulte une coloration rosée, toujours plus prononcée et plus foncée dans la substance grise centrale qui est quelquefois comme triturée, et dans la substance blanche extérieure on observe une rougeur comme sablée ou pointillée. La moelle épinière ainsi affectée est un peu tuméfiée, et présente l'aspect des autres tissus qui sont en proie à une inflammation : on trouve ce genre d'altération, surtout dans les myélites dont la marche est très-rapide, de deux ou quatre jours par exemple, comme cela arrive dans le cas où une myélite légère coïncide avec une méningite spinale très-intense ou autre maladie grave.

Le genre d'altération le plus fréquent et qui mérite le plus d'intérêt, est le *ramollissement.* La substance de la moelle perd sa consistance ordinaire, se ramollit de plus en plus, et est réduite enfin en une pulpe liquide, dans laquelle on ne trouve plus aucune trace d'organisation. M. Rullier trouva chez un individu mort de la myélite un liquide séreux, incolore, contenant de petits flocons qui n'étaient que des débris de matière médullaire. Tantôt la moelle ramollie présente une teinte rouge ou violacée, lie de vin, brunâtre, grisâtre; tantôt elle est d'un blanc mat ou verdâtre. Cette différence de couleur paraît dépendre de l'infiltration sanguine ou purulente plus ou moins grande, et de leur mélange avec la substance grise ou blanche de la moelle. Ajoutons que le pus, infiltré d'abord dans les cellules du tissu de la moelle, les brise quelquefois, se réunit en foyers, et forme ainsi ce qu'on appelle des abcès. L'étendue du ramollissement est variable : M. Andral fils (*Observ. consig. dans l'ouv. cit.* de M. Ollivier) a vu le ramollissement pulpeux de toute la substance grise de la moelle ; plus souvent il est partiel, existe isolément dans la portion lombaire, dorsale, cervicale ou crânienne ; quelquefois il est dans toute l'épaisseur de la moelle ; d'autres fois il n'occupe qu'une de ses moitiés latérales, la surface postérieure ou antérieure dans une étendue variable. « Constamment, dit M. Ollivier, le centre est plus ramolli que la circonférence ; ce qui résulte de ce que l'inflammation débute dans la substance grise, et qu'ainsi le ramollissement s'étend du centre à la

circonférence (*pag.* 609). » Quelquefois on trouve une augmentation de volume dans le point ramolli.

Quelques auteurs (Récamier, Rostan) pensent que le ramollissement de la substance du cerveau et de la moelle constitue une altération à part du système nerveux, indépendante de l'inflammation. Je partage à ce sujet l'opinion de MM. Bouillaud, Ollivier, Abercrombie, et de beaucoup d'autres qui affirment que l'inflammation des centres nerveux entraîne, à une certaine période, le ramollissement de leur substance, parce que : 1° le plus souvent les parties voisines du siége de l'altération sont rouges, épaissies ; les vaisseaux qui pénètrent dans la substance de la moelle, invisibles dans l'état naturel, deviennent alors aperçus et lui donnent une couleur rouge. (*Obs.* 18, 31, etc., de M. Ollivier.) 2° On sait que les vaisseaux sanguins sont plus nombreux dans la substance grise que dans la substance blanche. Or, les observations sur les hommes et sur les animaux démontrent que le ramollissement est plus fréquent dans les parties où il y a beaucoup de substance grise, dans le renflement lombaire et cervical. Cela conduit naturellement à conclure que la vascularité plus grande de ces parties est la cause de la fréquence du ramollissement, et que, par conséquent, celui-ci résulte de l'inflammation.

L'*endurcissement* du tissu de la moelle épinière, à la suite d'une inflammation, a été aussi observé par MM. Ollivier, Abercrombie, Bergamaschi, Portal, etc. Cette altération remarquable est rare après une myélite aiguë ; elle est plus fréquente à la suite d'une myélite chronique. Elle offre plusieurs degrés : ainsi, la moelle endurcie ressemble quelquefois, pour sa consistance, sa densité et son aspect, au blanc d'œuf cuit. Portal a vu la moelle cervicale endurcie présenter la consistance cartilagineuse. M. Hutin rapporte quelque chose d'analogue. « Dans toute son étendue, dit-il, la moelle de l'épine conservait son volume naturel ; mais elle avait acquis une dureté extraordinaire, car non-seulement elle résistait à la pression des doigts, mais encore elle ne cédait que difficilement à l'instrument tranchant ; sa dureté ressemblait beaucoup à celle du cartilage, etc. » (*Nouv. Bibl. méd.*, 1828.) MM. Ollivier, Esquirol, Pinel fils, disent avoir trouvé plusieurs

fois l'augmentation de densité de la moelle, sur des épileptiques dont le cerveau n'offrait aucune altération notable. Le fait le plus remarquable d'induration de la moelle est celui cité par M. Billard, qui trouva chez un enfant un endurcissement si prononcé, qu'il put soulever, avec une moelle privée de ses membranes, un objet qui pesait à peu près une livre ; l'enfant avait eu pendant sa vie des convulsions des membres, et l'on trouva les méninges tapissées par une couche assez épaisse de concrétions pseudo-membraneuses. (*Maladies des enfants, p.* 614.) M. Abercrombie observa l'endurcissement de la portion cervicale, accompagnée d'hypertrophie de la même partie. Le docteur Sonnenkalb (*Zeitschrift für Natur-und Heilkunde*) dit avoir trouvé l'induration et la tuméfaction de la portion cervicale de la moelle, avec atrophie et endurcissement du reste de cet organe, chez un homme mort quinze ans après l'apparition des premiers symptômes de la myélite.

L'hypertrophie avec consistance naturelle de l'organe a été aussi remarquée ; elle est ordinairement située au-dessus du ramollissement. Les productions accidentelles, tumeurs diverses plus ou moins dures, plus ou moins volumineuses, développées dans le tissu de la moelle, ont été trouvées plus d'une fois à la suite d'une myélite chronique. MM. Velpeau et Guersent ont rencontré de la matière encéphaloïde dans la moelle épinière.

Diagnostic. Lorsque la maladie se présente avec l'ensemble des symptômes que nous avons décrits, et dont la réunion la caractérise spécialement, il ne saurait y avoir de doute de la part du médecin attentif. Ainsi, si le malade éprouve une douleur profonde, brûlante, dans quelque région du rachis ; si les accidents de paralysie, précédée de fourmillements, de mouvements convulsifs des membres, se manifestent sans que les facultés intellectuelles aient éprouvé aucun trouble ; enfin, s'il y a quelques altérations dans les fonctions des organes de l'abdomen ou de la poitrine qui viennent corroborer ces indices, le diagnostic ne peut pas être difficile à établir, pourvu encore qu'on examine attentivement le malade, qu'on l'interroge avec soin, et que l'on tienne compte des circonstances antérieures à l'apparition

de la maladie. Mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi : dans quelques cas, les symptômes sont si peu tranchés, que la maladie semble exister à l'état latent. L'absence d'un ou de plusieurs symptômes principaux ; le manque de renseignements de la part du malade, qui ne saurait rendre compte de ses sensations, ni des circonstances antérieures, par exemple chez les aliénés, les enfants ; la lenteur et l'obscurité de la marche de l'affection, comme dans les myélites chroniques ; enfin, les complications qui peuvent exister : toutes ces circonstances peuvent jeter le praticien dans l'incertitude et dérober à son investigation le siége véritable du mal. Souvent, dans les myélites chroniques, la douleur de l'épine manque, ou elle est si peu prononnée que les malades ne l'accusent nullement ; en même temps les autres symptômes sont pour ainsi dire masqués. Lorsqu'on questionne les malades, ils répondent qu'ils sont faibles, que leur marche et leur station sont mal assurées, vacillantes, que leur digestion est dérangée, qu'ils ont toujours la constipation, qu'ils urinent avec difficulté ; ou qu'ils saisissent difficilement les objets avec les mains, qu'ils respirent avec beaucoup de peine. C'est surtout ici que l'examen de la colonne vertébrale, d'après le procédé de Copeland, peut être de la plus grande utilité, parce qu'à son aide on découvre le symptôme principal, la douleur de l'épine. Voici en quoi consiste ce procédé : on promène le long du rachis, en commençant par la nuque, sur les apophyses épineuses des vertèbres, en appuyant plus ou moins, une éponge imbibée d'eau chaude. Tant que l'on passe sur les vertèbres sous lesquelles les parties ne sont pas enflammées, le malade ressent seulement l'impression ordinaire de l'eau chaude ; mais dès que l'on arrive sur le lieu où la moelle est malade, il éprouve une douleur brûlante, insupportable : on découvre ainsi et la phlogose et son étendue. Ce procédé, peut-être trop négligé en France, est très-usité en pays étrangers par un grand nombre de praticiens célèbres, qui ont constaté son avantage dans le diagnostic de la myélite. Il est d'un usage presque commun en Allemagne : Jos. Frank avoue s'en être servi avec beaucoup de succès ; M. Abercrombie (*ouv. cit.*, *p.* 584) le recommande aussi. Dans les cliniques de Wilna (où je faisais mes études), les professeurs qui diri-

geaient cet établissement, toutes les fois qu'ils soupçonnaient la moelle épinière ou ses enveloppes être malades, faisaient toujours examiner avec grand soin tout le rachis d'après ce procédé, pour s'assurer s'il n'y avait pas d'état inflammatoire, et pour diriger ensuite convenablement les moyens thérapeutiques. Plus d'une fois, dans ce bel établissement, la colonne vertébrale, examinée avec soin d'après ce procédé chez les individus dont la maladie, par des médecins inattentifs, après un examen superficiel, était désignée vaguement sous le nom d'affection rhumatismale ou nerveuse, d'asthme, de gastralgie, nous fit reconnaître le siége et la nature de la maladie. Qu'il me soit donc permis de conclure que ce procédé peut être souvent utile pour éclairer le diagnostic de la myélite, et qu'il ne doit pas être négligé par les praticiens.

Comme il y a quelques maladies dont les phénomènes se rapprochent de ceux de la myélite, j'aurai soin d'exposer succinctement des symptômes caractéristiques de quelques-unes au moins de ces maladies, afin de faire ressortir les différences qui existent entre elles et la myélite.

Dans la *méningite rachidienne*, qui souvent existe en même temps, on observe constamment les contractions musculaires générales ou bornées à la région dorsale, plus ou moins fortes, fréquemment intermittentes, irrégulières dans leur retour. Les mouvements ne sont pas paralysés; mais ils sont difficiles, enchaînés par la douleur. La sensibilité est excessivement exaltée : on ne peut déplacer le malade sans lui faire éprouver des souffrances cruelles.

La *congestion sanguine* de la moelle ne pourra induire en erreur, parce que la paralysie générale, incomplète, qui survient tout-à-coup, disparaît peu à peu et graduellement de haut en bas; les fonctions de la vessie et du rectum sont peu troublées; la douleur de l'épine est faible et n'augmente point par le procédé de Copeland.

La commotion, la compression de l'axe cérébro-spinal, produisent une paralysie. Mais, dans le premier cas, la cause fera reconnaître l'origine de cette paralysie; dans le second, l'examen attentif de la colonne vertébrale fait le plus souvent découvrir une déviation, une tumeur, ou quelque chose de semblable.

Pour distinguer la paralysie qui survient à la suite des coliques de plomb, les commémoratifs suffiront, dans la plupart des cas, pour éclairer le praticien.

Le rhumatisme dorsal et lombaire, la psoïte, n'ont que la douleur qui leur soit commune avec l'inflammation de la moelle épinière. Mais la douleur diffère par son siége ; elle n'augmente guère par le procédé de Copeland; il n'y a point de mouvements convulsifs, de paralysie; les viscères de la poitrine et de l'abdomen sympathisent moins.

Dans la paralysie des aliénés, l'embarras de la langue est le premier symptôme qui se manifeste, en même temps qu'un défaut d'assurance dans la marche. Ces deux phénomènes augmentent simultanément ; les membres supérieurs deviennent aussi paralysés à leur tour. Ici donc les symptômes d'une lésion cérébrale sont concomitants de la paralysie. On n'observe rien d'analogue dans la paralysie qui résulte d'une myélite.

Pronostic, durée et terminaisons. L'inflammation de la moelle épinière est une maladie qui présente toujours beaucoup de gravité, à cause de la nature des fonctions auxquelles préside cet organe ; aussi la mort en est-elle la terminaison la plus fréquente : elle peut même avoir lieu au bout de quelques jours (trois, quatre) dans la myélite aiguë. Cette issue funeste est d'autant plus prompte, que l'inflammation est plus intense, qu'elle occupe une plus grande étendue, et qu'elle a son siége dans un point plus rapproché de l'extrémité supérieure de la moelle. La rapidité de la marche de la maladie, et son issue funeste dans ce dernier cas, sont faciles à expliquer, si on se rappelle que c'est du bulbe rachidien et de la portion cervicale de la moelle que sortent les nerfs qui animent le cœur, les poumons, le larynx, et ceux qui associent au jeu de ces organes les muscles de la respiration. Lorsque l'inflammation occupe la portion lombaire, le pronostic n'est pas aussi fâcheux, parce que cette portion ne préside pas à des fonctions aussi éminemment vitales que les deux précédentes. Selon le docteur Earl (*Trans. philos.*, 1828), la mort est aussi très-rapide dans le cas où la myélite occupe la région dorsale, à cause de l'étroitesse du canal rachidien et de la compression de la moelle qui en résulte, compression qui doit nécessairement hâter le progrès de l'inflam-

mation. Les complications, soit avec diverses affections des enveloppes osseuses ou membraneuses de la moelle, soit avec une inflammation du cerveau ou de ses membranes, diminuent extrêmement les chances de guérison. La terminaison la plus désirable, la *résolution*, n'est pas la plus ordinaire; on a l'espoir de l'obtenir, lorsque l'inflammation est circonscrite à un petit espace, qu'elle occupe la portion inférieure de la moelle, et qu'elle est attaquée à temps par des moyens bien appropriés. Lorsqu'elle doit s'opérer, les symptômes décroissent progressivement du 4e au 7e ou 10e jour; on a même vu qu'elle se prolongeait au 12e, 14e ou 16e jour, et davantage. Latour père (*Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, tom. VI) cite plusieurs cas de guérison de myélites dont la marche était un peu prolongée. Lorsque la maladie se prolonge au-delà du terme ordinaire de la résolution, et que le malade éprouve des frissons pendant la nuit, des sueurs, des douleurs vives dans l'épine du dos, les parties qui reçoivent les nerfs de la portion malade de la moelle, sont complétement paralysées; le pronostic est fâcheux, parce que tout cela annonce la désorganisation, la suppuration de la moelle.

La *myélite chronique* n'offre pas un danger aussi imminent; mais elle n'est pas moins meurtrière que la myélite aiguë. Elle n'a point de durée bien déterminée; en général, elle ne se prolonge guère au-delà de quatre à cinq ou six ans; cependant on a vu des cas où la mort n'arrive qu'au bout d'un temps encore plus considérable. Vers la fin de la maladie, les escarres larges, développées au sacrum, aggravent les accidents; l'état du malade devient de plus en plus fâcheux; l'amaigrissement fait des progrès; la fièvre hectique, la diarrhée épuisent les forces et hâtent le terme fatal.

Traitement. Le traitement de la myélite est celui des inflammations en général (anti-phlogistique), qui doit être modifié selon la période et le degré de la maladie, selon l'âge, la force et le tempérament des individus qui en sont atteints, et selon une foule de circonstances éventuelles qu'il est aussi difficile d'apprécier que de prévoir, détails qui rentrent dans les données générales de la thérapeutique.

Dans la myélite aiguë, dès le début, aussitôt que le malade accuse

une douleur vive dans un point de la colonne vertébrale, ou le long de cet axe osseux, des fourmillements, des engourdissements ou des convulsions des membres, on aura recours d'abord à la saignée générale, répétée même, si l'individu est vigoureux et sanguin, si la force du pouls le comporte, et surtout si l'on suppose que l'inflammation de la moelle est fort étendue. On fera suivre les émissions sanguines générales d'une ou de plusieurs applications de nombreuses sangsues sur le point douloureux de la colonne vertébrale ; ou si l'individu n'est pas trop délicat et sensible, des ventouses scarifiées seront pratiquées dans la région la plus voisine du foyer du mal, et répétées, selon le besoin, un plus ou moins grand nombre de fois. Sur des malades débiles, les seules saignées locales pourront tenir place des saignées que l'on pratique avec la lancette; et sur les jeunes enfants, chez les femmes délicates, on est souvent contraint de s'en tenir à l'emploi exclusif des sangsues, que l'on fera mettre aussi à la vulve et à l'anus lorsque les indications particulières le commandent. On favorisera l'action des émissions sanguines par l'emploi des bains généraux tièdes, prolongés pendant quelques heures, et administrés de manière que les mouvements que l'on communique au malade, en l'y plaçant, n'exaspèrent pas la douleur. Les bons effets des bains tièdes prolongés sont surtout marqués, si, suivant le conseil de M. Clot (*Thèse de Montpellier*, 1820), on les fait *coïncider* avec les saignées locales; si, par exemple, après l'application préalable des sangsues, on les laisse couler dans le bain même. Quelques auteurs recommandent les fomentations froides, l'application de la glace le long de la colonne vertébrale, se fondant sans doute sur l'analogie de structure de la moelle avec celle du cerveau : mais la situation profonde de la moelle fait douter de l'efficacité de ce moyen. Si les voies digestives ne présentent aucun symptôme d'irritation, on prescrira cinq à six grains de calomel; on fera administrer les lavements laxatifs pour obvier à la constipation, parce que les selles excessivement dures occasionnent une exacerbation des douleurs dans la colonne épinière. On insistera sur le repos, une diète sévère pendant les premiers jours, l'usage des boissons délayantes. On tâchera d'éloigner les causes propres

à favoriser la maladie ; on cherchera à établir par des moyens appropriés une évacuation qui se serait supprimée, à rappeler les exanthèmes qui ont disparu peu de temps avant l'apparition de la maladie, etc. Pour les malades très-irritables, les opiacés, sagement combinés avec les moyens ci-dessus indiqués, peuvent être utiles pour calmer leurs souffrances.

Ce traitement énergique sera continué tant qu'il existera des signes de stimulation du côté de la moelle, jusqu'à ce que la période d'irritation ait cessé. Plus tard, lorsque les symptômes d'excitation sont calmés, quelques médecins, et surtout M. Ollivier, préconisent l'usage des douches d'eau chaude à 32° ou 34° R. et fortement salée, sur la longueur de la colonne vertébrale, de la hauteur de six ou huit pieds, avec un tuyau d'un demi-pouce à un pouce de diamètre. A la même époque, on pourra appliquer aussi des cautères vers les apophyses transverses correspondantes à la région où le malade perçoit de la douleur, et se servir de plusieurs autres moyens dont nous allons nous occuper.

Dans la *myélite chronique*, on doit être plus avare des moyens antiphlogistiques, sans y renoncer cependant tout-à-fait, surtout lorsqu'il y a de la douleur de l'épine ou quelques signes de congestion cérébrale. Les sangsues à l'anus ou le long du rachis, les saignées même générales ne sont donc pas à rejeter dans cette forme de myélite, ainsi que dans la précédente ; mais le succès qu'on doit en attendre est relatif à leur sage emploi. Lorsqu'on n'a qu'une paralysie à combattre, sans douleur et sans aucun signe d'excitation, on aura recours à la médication révulsive. Les frictions sur la colonne vertébrale avec de la flanelle sèche, avec de la teinture de cantharides ; plusieurs vésicatoires volants promenés sur cette partie, les cautères, les moxas, dont on entretiendra la suppuration à l'aide de pommades irritantes, devront être employés avec persévérance. Ces deux derniers moyens sont les plus efficaces et sur lesquels on doit compter le plus. M. Latour cite plusieurs cas de guérison de paralysie due à cette cause, obtenus au moyen de fonticules placés à côté des apophyses épineuses du trajet des vertèbres. Pour en obtenir du succès, il faut les entretenir en suppuration abon-

dante pendant 30 à 40 jours. A l'intérieur, si l'état de l'estomac et des intestins le permet, des purgatifs drastiques répétés produisent quelquefois de bons effets. L'extrait de jusquiame, de ciguë, l'opium, seront prescrits de temps en temps avec précaution, pour calmer les douleurs et procurer le sommeil aux malades irritables. Les frictions sèches, puis les fomentations excitantes seront pratiquées sur les membres paralysés. Le régime doit être doux et convenable aux forces des malades.

Si, malgré tous les moyens dont je viens de parler, la paralysie plus ou moins complète des membres ou du tronc persiste, les excitants sont à essayer comme la dernière ressource : les douches, les eaux minérales, les frictions de la région vertébrale avec le liniment ammoniacal, la pommade stibiée seront tour-à-tour employées. On peut également faire usage du galvanisme, en apportant dans l'administration de ce puissant agent toute la prudence et tous les soins qu'il réclame. Dans la *Gazette médicale, n°* 6, 1834, on trouve un cas très-intéressant de myélite chronique dans la portion supérieure de l'axe spinal, guérie par l'électricité. Les membres supérieurs seuls étaient paralysés, les organes de la poitrine et de l'abdomen n'offraient rien d'anormal, le pouls était fort et régulier. On traita le malade par des saignées, des sangsues, les frictions, les rubéfactions, les vésicatoires, et tout cela sans succès ; cependant l'innervation sembla être un peu modifiée, et la sensibilité moins obtuse. Enfin, on essaya l'électricité : un des conducteurs de l'électro-mètre de Lanne fut placé sur la portion de la colonne vertébrale qui correspond à l'origine des nerfs des plexus brachiaux, et l'autre conducteur alternativement porté sur tous les doigts de l'une et de l'autre main, de telle manière que la commotion se faisait sentir dans le trajet de tous les nerfs du bras. Sept séances en 22 jours, chacune de dix minutes de durée, suffirent pour rétablir le sentiment de ces parties et la locomotion.

Le *rhus toxicodendron, radicans,* et surtout la noix vomique, la strychnine et la brucine, ont été souvent employés avec avantage par plusieurs praticiens. Mais les remèdes d'une activité si énergique ne peuvent être employés que selon l'exigence des circonstances, toujours

subordonnés à la sagacité du médecin. On ne les fera prendre que lorsqu'il y a abolition de l'innervation dans les membres, sans la moindre trace d'excitation dans les autres organes.

L'emploi de tous ces médicaments n'est suivi d'aucun succès, si la désorganisation d'une portion plus ou moins étendue de la moelle, ou la compression de cet organe par les produits de l'inflammation, sont la cause de la paralysie.

Du reste, on aura soin de sonder les malades si la vessie ne peut pas expulser les urines ; on fera placer une sonde à demeure ou un urinal, si son écoulement est continuel et involontaire ; on veillera, autant que possible, aux soins de propreté ; on fera renouveler souvent l'air de la chambre du malade, et on donnera à son moral une direction sage. M. Latour remarque que les paralytiques qui s'abandonnent sans résistance à leur sort, qui se laissent entraîner à l'apathie ou au chagrin, n'obtiennent que rarement du soulagement; tandis que ceux qui développent l'énergie morale et physique, qui opposent en quelque sorte leur volonté à leur maladie, finissent souvent par reconquérir l'usage de leurs membres, sinon en totalité, du moins en grande partie.

Si les escarres se sont développées au sacrum, on les pansera tous les jours avec le plus grand soin.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, DOYEN.	*Anatomie.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE, *Examinateur.*	*Botanique.*
LALLEMAND, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
CAIZERGUES.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL, *Examinateur.*	*Chimie médicale.*
DUGÈS, *Suppléant.*	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, PRÉSIDENT.	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Examinateur.*
POUZIN, *Examinateur.*
SAISSET.
ESTOR, *Suppléant.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.